

Reglement Basisaantekening Psychodiagnostiek (BAPD NIP)

Aangenomen door het Algemeen Bestuur van het Nederlands Instituut van Psychologen op 5 februari 2009, gewijzigd op 7 februari 2014 en laatst gewijzigd op 1 oktober 2020.

Geldig vanaf 1 oktober 2020.

Inleiding

Dit reglement Basisaantekening Psychodiagnostiek van het Nederlands Instituut voor Psychologen (BAPD NIP) formuleert de eisen waaraan een verzoeker moet voldoen om de BAPD NIP te verwerven. Psychodiagnostiek is een onderzoeksproces dat is gericht op het doen van uitspraken over emotie, cognitie en gedrag van personen. Naar aanleiding van dit proces kan een beslissing genomen worden, een behandeling uitgevoerd en/of een advies gegeven. Psychodiagnostiek omvat het houden van (intake)gesprekken, het doen van psychologisch onderzoek, het opstellen van rapportages en de terugkoppeling hiervan.

Psychodiagnostiek is een professionele toepassing van de psychologie die vergaande gevolgen kan hebben voor het leven van personen. Daarom dienen psychologen in voldoende mate theoretisch en praktisch te zijn geschoold om de psychodiagnostiek verantwoord te kunnen beoefenen. De BAPD NIP is een startkwalificatie op het gebied van psychodiagnostiek. Het bezit van de BAPD NIP moet worden gezien als een verklaring dat de psycholoog beschikt over de nodige basiscompetenties op het gebied van de algemene psychodiagnostiek. In onder andere de postmasteropleidingen of in specifieke cursussen kan verder worden gebouwd aan bekwaamheid en specialisatie in de psychodiagnostiek. De BAPD NIP is geen bewijs van bevoegdheid tot het uitvoeren van bepaalde psychodiagnostische handelingen.

Met dit reglement wordt beoogd aan te geven hoe psychodiagnostiek volgens een algemeen geaccepteerd en empirisch onderbouwd kader dient te worden aangeleerd.

Totstandkoming

De Algemene Ledenvergadering van het NIP heeft in juni 1993 de Regeling Basisaantekening Psychodiagnostiek aangenomen, die op 1 januari 1994 in werking is getreden. Met deze regeling is gevolg gegeven aan de aanbeveling van de Commissie Zaal. Deze commissie gaf aan op welke wijze de psycholoog in de eerste fase van de studie over voldoende expertise in de psychodiagnostiek zou kunnen beschikken. Het gaat hierbij om een goede basiskennis en vaardigheden voor verder veldgerichte psychodiagnostische vorming.

In 2008 heeft een breed samengestelde commissie in opdracht van het NIP een advies uitgebracht over de grondslagen van de bestaande regeling. Dit heeft geresulteerd in een herziening van het reglement, aangenomen door het algemeen bestuur van het NIP op 5 februari 2009 en in werking getreden op 1 juni 2009. Het delegeren van de BAPD NIP voor afgestudeerden bij de Open Universiteit, het invoeren van de tienjarenregeling, het aanpassen van de theorie-eisen en het opheffen van de registratie BAPD NIP supervisor hebben geleid tot een nieuwe herziening per 1 oktober 2020.

Reglement Basisaantekening Psychodiagnostiek NIP (Reglement BAPD NIP)

Hoofdstuk 1: algemeen

Artikel 1: definities

algemeen bestuur:	het algemeen bestuur van het NIP zoals bedoeld in de statuten;
BAPD:	de Basisaantekening Psychodiagnostiek NIP;
commissie:	de commissie Basisaantekening Psychodiagnostiek NIP;
docent-supervisor:	persoon verbonden aan een geaccrediteerde universiteit die de beoordeling ondertekent van de casusverslagen;
intervisie:	een vorm van intercollegiale kwaliteitsbevordering waarin sprake is van geregelde samenkomsten en een systematische aanpak van de reflectie op het professioneel handelen van de betrokkenen op basis van gelijkwaardigheid;
NIP:	de rechtspersoonlijkheid bezittende vereniging het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP);
statuten:	de vigerende statuten van het NIP;
supervisie:	een persoonlijk leerproces van de supervisor onder begeleiding van een supervisor. De supervisor wordt tijdens supervisiebijeenkomsten gestimuleerd tot reflectie op het eigen leerproces en op eigen professioneel handelen, waarbij persoonlijke ontwikkeling en werkervaring elkaar direct en wederzijds beïnvloeden;
supervisor:	persoon die supervisie ontvangt;
supervisor:	persoon die de supervisiebijeenkomsten begeleidt en voldoet aan de criteria zoals geformuleerd in dit reglement.

Artikel 2: doel

De BAPD en het reglement BAPD NIP hebben tot doel:

- a. het creëren van een algemeen geaccepteerd kader voor de toetsing van het kennis- en vaardigheidsniveau op het gebied van de algemene psychodiagnostiek;
- b. het waarborgen van een minimaal kennis- en vaardigheidsniveau op het gebied van de algemene psychodiagnostiek;
- c. het waarborgen van aandacht voor de psychodiagnostiek tijdens de academische studie psychologie en in de diverse beroepsvelden.

Artikel 3: taak

1. Het algemeen bestuur heeft de uitvoering van de in artikel 2 genoemde doelstellingen voor verzoekers die beschikken over een masterdiploma psychologie gedelegeerd aan universiteiten binnen het Koninkrijk der Nederlanden en aan Nederlandstalige Belgische universiteiten waarmee een convenant is gesloten zoals bedoeld in artikel 9, en aan de Open Universiteit voor degenen die na hun afstuderen de BAPD willen behalen.
2. De commissie tracht de in artikel 2 bedoelde doelstellingen te bereiken door:
 - a. te beslissen op verzoeken tot afgifte van de BAPD;
 - c. het accrediteren van diagnostiek onderwijsprogramma's van universiteiten;
 - d. het voeren van regelmatig overleg met de universiteiten die bij convenant bevoegd zijn verklaard om te beslissen op verzoeken tot afgifte van de BAPD.

Hoofdstuk 2: de commissie BAPD NIP

Artikel 4: samenstelling

1. De commissie bestaat uit tenminste drie leden en maximaal vijf leden, waaronder een voorzitter.
2. De commissie is een breed samengestelde commissie waarin verschillende beroepsvelden binnen de psychologie zijn vertegenwoordigd.
3. De leden van de commissie dienen lid te zijn van het NIP, te beschikken over de BAPD, bij voorkeur (docent-)supervisor te zijn, deskundig te zijn op het gebied van de psychodiagnostiek en ruime ervaring te hebben met de toepassing van psychodiagnostische methoden.
4. Eén van de leden van de commissie heeft bij voorkeur tevens een ruime ervaring opgedaan als universitair docent op het terrein van de algemene psychodiagnostiek.

Artikel 5: benoeming

1. Het algemeen bestuur van het NIP benoemt de leden van de commissie, waaronder de voorzitter, voor een periode van drie jaar.
2. De leden, waaronder de voorzitter, zijn aansluitend éénmaal herbenoembaar voor een periode van drie jaar.

Artikel 6: secretaris

1. De commissie wordt bijgestaan door een secretaris die geen deel uitmaakt van de commissie en geen stemrecht heeft.
2. De secretaris wordt toegewezen door het NIP-bureau.
3. De secretaris heeft tot taak om BAPD verzoeken op basis van een hogere registratie te behandelen.
4. De secretaris houdt het BAPD register bij.
5. De secretaris verzorgt het contact met de universiteiten, en bereidt de toetsing van de gedelegeerde taak aan de universiteiten voor.
6. Het secretariaat van de commissie is gevestigd op het bureau van het NIP.

Artikel 7: besluitvorming

1. De commissie beslist bij meerderheid van stemmen.
2. Besluitvorming van de commissie kan uitsluitend plaatsvinden in een vergadering waarin tenminste drie leden aanwezig zijn.

Artikel 8: hardheidsclausule

Indien de gevolgen van toepassing van de bepalingen in het reglement BAPD NIP in individuele gevallen in ernstige mate onevenredig zijn in verhouding tot de strekking van het reglement, kan de commissie besluiten om af te wijken van deze bepalingen.

Hoofdstuk 3: delegatie

Artikel 9: delegatie

1. Het NIP heeft de bevoegdheid tot afgifte van de BAPD gedelegeerd aan universiteiten die een door de commissie geaccrediteerde bachelor- en masterdiploma psychologie verzorgen.
2. Delegatie vindt plaats bij een tussen het NIP en de desbetreffende universiteit te sluiten convenant.
3. Een universiteit die de gedelegeerde bevoegdheid heeft om de BAPD af te geven, kan dit uitsluitend doen aan een verzoeker die afstudeert met het masterdiploma psychologie aan de desbetreffende universiteit.
4. De desbetreffende universiteit geeft de BAPD niet eerder af dan bij of binnen maximaal negen maanden na het behalen van het masterdiploma psychologie.
5. Voor het behalen van de BAPD na afstuderen heeft het NIP een overeenkomst getekend met de Open Universiteit.

Artikel 10: accreditatie van een diagnostiekprogramma

1. Het diagnostiekprogramma van de universiteit op grond waarvan de bevoegdheid tot afgifte van de BAPD gedelegeerd is, dient te zijn geaccrediteerd door de commissie.
2. Voor de accreditatie van het diagnostiekprogramma zijn de voorwaarden voor afgifte van de BAPD zoals omschreven in artikel 11 en de bijlagen het uitgangspunt.
3. Jaarlijks dienen de universiteiten aan de commissie door te geven of en zo ja: welke wijzigingen er opgetreden zijn in hun geaccrediteerde diagnostiekprogramma('s).
4. Bij wijzigingen in het diagnostiekprogramma als bedoeld in lid 3 beoordeelt de commissie of de accreditatie al dan niet verlengd wordt.
5. De commissie heeft het recht de opleidingsinstanties te visiteren.

Hoofdstuk 4: de afgifte van de BAPD

Artikel 11: procedure voor afgifte van de BAPD

Verzoeker behaalt de BAPD gedurende het geaccrediteerde masterprogramma aan een universiteit of na afstuderen via een individueel traject aan de Open Universiteit. Zie artikel 12 voor de voorwaarden.

Artikel 12: voorwaarden behalen BAPD

1. Voor het verkrijgen van de BAPD komen uitsluitend die verzoekers in aanmerking die voldoen aan de volgende voorwaarden: verzoeker heeft
 - a. de benodigde kennis en vaardigheden in de psychodiagnostiek opgedaan op de wijze zoals omschreven in Bijlage A;
 - b. minimaal 200 uur gesuperviseerde werkzaamheden verricht op het gebied van de psychodiagnostiek op de wijze zoals omschreven in Bijlage A;
 - c. drie door de supervisor geaccordeerde casusverslagen ingeleverd bij de instelling die de BAPD afgeeft, opgesteld op de wijze zoals omschreven in Bijlage B;
 - d. minimaal 20 uren supervisie gevolgd op de wijze zoals omschreven in Bijlage B.
2. Indien de datum van afstuderen als psycholoog meer dan 10 jaar vóór de datum waarop het individueel traject wordt gestart ligt, dan kan gebruik gemaakt worden van de 10 jaren-regeling. Zie artikel 13 voor de voorwaarden.
3. De bijlagen A en B van het reglement maken onverkort deel uit van het reglement BAPD.

Artikel 13: voorwaarden van de 10 jaren-regeling

Indien de datum van afstuderen als psycholoog meer dan 10 jaar vóór de datum waarop het individueel traject wordt gestart ligt, dan kan voor het behalen van de BAPD de 10 jaren-regeling binnen het individueel traject aan de Open Universiteit worden gebruikt.

Verzoeker voldoet aan de voorwaarden van de 10-jaren regeling, wanneer:

1. Verzoeker kan aantonen dat in de afgelopen 10 jaar:
 - a. minimaal 100 contacturen bij- en nascholing op postacademisch niveau op het gebied van de psychodiagnostiek zijn gevolgd, waarvan 50% aan door de commissie geaccrediteerde bij- en nascholing (aantoonbaar middels certificaten en bewijs van deelname).
 - b. 750 uur werkervaring op het gebied van de psychodiagnostiek is opgedaan (aantoonbaar middels CV en werkgeversverklaring).
2. Verzoeker drie casusverslagen inlevert, die:
 - a. ofwel volgens de BAPD richtlijnen zijn uitgevoerd met een verklaring van de (geaccrediteerde) opleiding die toendertijd de casusverslagen als BAPD casussen heeft afgetekend;
 - b. opgesteld zijn op de wijze zoals omschreven in Bijlage B en ter beoordeling worden aangeleverd aan de Open Universiteit.

Artikel 14: bijschrijving in het BAPD register

Van degenen die de BAPD hebben behaald worden m.i.v. december 2018 persoonsgegevens (te weten, naam, geboortedatum, universiteit van afstuderen en datum BAPD) bijgehouden in het register Basisaantekening Psychodiagnostiek van het NIP, tenzij een beroep wordt gedaan op het recht op vergetelheid uit de AVG.

Artikel 15: ontheffing

De commissie gaat altijd over tot bijschrijving in het Register Basisaantekening Psychodiagnostiek indien verzoeker voldoet aan één van de volgende voorwaarden:

- a. verzoeker is ingeschreven in het register van gezondheidszorgpsychologen zoals bedoeld in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG);
- b. verzoeker is ingeschreven in één van de specialistenregisters van het basisberoep van gezondheidszorgpsycholoog zoals bedoeld in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG);
- c. verzoeker is ingeschreven in het Register van Kinder- en Jeugdpsychologen NIP;
- d. verzoeker is ingeschreven in het Register van Kinder- en Jeugdpsychologen Specialist NIP;
- e. verzoeker is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Jeugd van de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) als kinder- en jeugdpsycholoog SKJ op postmasterniveau.

Hoofdstuk 5: Slotbepalingen

Artikel 16: looptijd en wijziging reglement BAPD

1. Het reglement BAPD geldt voor onbepaalde tijd.
2. Het algemeen bestuur kan besluiten tot wijziging van het reglement BAPD.
3. Een besluit tot wijziging kan alleen worden geëffectueerd nadat het algemeen bestuur de commissie om advies heeft gevraagd over de voorgestelde wijziging.

Artikel 17: inwerkingtreding

Dit reglement is aangenomen door het Algemeen Bestuur van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) op 5 februari 2009, en is laatst gewijzigd op 1 oktober 2020. Dit reglement kan worden aangehaald als het 'reglement BAPD'.

Bijlage A. Eisen theoretisch- en praktijkgedeelte ten behoeve van de BAPD NIP

1. Algemeen

Teneinde de BAPD te behalen, dient verzoeker over voldoende theoretische competenties op het gebied van de psychodiagnostiek te beschikken. Hiervan is in elk geval sprake als verzoeker de hieronder bij 2. en 3. genoemde kennis en vaardigheden heeft opgedaan.

De totale studielast van het theoretische gedeelte bedraagt minimaal 27 EC (zie 2). De studielast is gelijk voor verzoekers die studeren voor het masterdiploma psychologie en de BAPD via de universitaire route willen behalen, als voor verzoekers die al beschikken over het masterdiploma psychologie en hun aanvraag via de Open Universiteit laten lopen. Het betreft eisen die worden gesteld aan het onderwijscurriculum, dat wil zeggen dat de verzoeker, voor het aantal genoemde studiepunten, cursorisch onderwijs moet hebben gevolgd over de genoemde onderwerpen. De stage en andere werkzaamheden in de praktijk staan hier los van (zie 4.).

2. Onderdelen van het theoretisch gedeelte

De eis van psychodiagnostische kennis en vaardigheden omvat de volgende onderdelen, met een totaal van minimaal 27 EC:

- theoretische kennis over psychodiagnostiek (range 5-8 EC);
- het verzamelen van gegevens over de persoon: Het voeren van het diagnostisch gesprek en het afnemen van diagnostische meetinstrumenten (range 4-8 EC);
- psychometrie en besliskunde (range 5-8 EC);
- het kunnen toepassen van de theoretische kennis over psychodiagnostiek (benoemd onder EIS 1): De uitvoering van de diagnostische cyclus - anders dan de afname van tests -, reflectie en ethiek (range 6-9 EC).

3. Inhoud per onderdeel

Ten aanzien van de inhoud van de onderdelen van het theoretisch gedeelte geldt dat verzoeker over de volgende competenties beschikt.

Theoretische kennis over psychodiagnostiek (eis 1)

(Let wel: het toepassen van deze kennis komt terug bij eis 2 t/m 4.)

Verzoeker heeft:

- kennis van de geschiedenis en de actuele ontwikkelingen van de psychodiagnostiek.
- kennis van de diversiteit van psychodiagnostiek (zoals bijvoorbeeld hypothesetoetsend vs hypothesegenererend, gericht op individu vs gericht op het systeem, probleemgestuurd vs krachtgestuurd, procesdiagnostiek vs zorgdiagnostiek) en kan op voor- en nadelen, bruikbaarheid en grenzen en nut reflecteren.
- kennis van de doelstellingen, het nut en de beperkingen en de regulatieve/ empirische cyclus.
- kennis van het onderscheid tussen algemene vraagstelling- en onderzoekstypen (onderkenning, verklaring, indicatie, predictie, selectie, toewijzing) en kunnen reflecteren op de toepassing en beperkingen.
- kennis van de meest gangbare diagnostische vraagstellingen en werkwijzen van de verschillende specialisaties/ werkvelden.
- basale kennis van werkveld-overstijgende constructen dan wel transdiagnostische factoren (bijvoorbeeld persoonlijkheidsontwikkeling, culturele invloeden, intelligentie, coping, vitale functies, executieve functies etc).
- kennis van verschillende bronnen van datacollectie binnen de psychodiagnostiek en kunnen reflecteren op resp. bruikbaarheid en beperkingen.
- basale theoretische kennis over - de ontwikkeling/ kenmerken van - gezond gedrag en over - de ontwikkeling/ kenmerken van - psychopathologie.
- kennis van de belangrijkste theoretische modellen binnen het eigen beroepsveld/ studierichting die gehanteerd worden voor diagnostische besluitvorming.
- basale kennis van juridisch-ethische aspecten rondom diagnostiek.

Het verzamelen van gegevens over de persoon: Het voeren van het diagnostisch gesprek en het afnemen van diagnostische meetinstrumenten (eis 2)

(Let wel: het interpreteren en rapporteren komt bij eis 4 terug.)

Vaardigheden t.b.v. het diagnostisch gesprek:

Verzoeker heeft:

- basale vaardigheden om diverse gesprekstechnieken te benoemen, te herkennen en zelf toe te passen in een diagnostisch gesprek.
- basale vaardigheden om relevante observaties te maken in een diagnostisch gesprek en deze mee te nemen in het diagnostisch proces.

Verzoeker kan:

- basaal reflecteren op het effect van gesprekstechnieken in het contact en eventuele alternatieve formuleringen bedenken.
- basisgesprekstechnieken effectief aanpassen aan de mogelijkheden van de cliënt (of onderzochte/organisatie/systeem) en de context.
- op een basisniveau verschillende soorten diagnostische gesprekken voeren (bijv. een intake, uitslaggesprek, diagnostisch interview), die gangbaar zijn voor het eigen beroepsveld.

Vaardigheden t.b.v. de afname van diagnostische meetinstrumenten:

Verzoeker heeft:

- basale vaardigheden om diverse soorten diagnostische meetinstrumenten die gangbaar zijn voor het eigen beroepsveld, af te nemen, te scoren, te interpreteren en daarover te rapporteren, waarbij minimaal alle psychodiagnostische domeinen (prestatietests, vragenlijsten, observatie instrumenten etc.) een keer aan bod zijn gekomen.
- basale vaardigheden om relevante observaties te maken tijdens het testonderzoek.

Psychometrie en besliskunde (eis 3)

NB: algemene cursussen in Methoden & Technieken of Statistiek vallen hier niet onder!

Verzoeker heeft:

- kennis van de belangrijke begrippen uit de klassieke en moderne testtheorie.
- kennis van psychometrische eigenschappen, zoals diverse vormen van validiteit, betrouwbaarheid en van de bruikbaarheid van beschikbare normen.

Verzoeker kan:

- op basaal niveau de kwaliteit van een instrument evalueren op basis van diens psychometrische eigenschappen, met daarbij basale kennis van de werkwijze van de COTAN.
- reflecteren op het verband tussen de psychometrische eigenschappen van een instrument en de geldigheid/ reikwijdte van de conclusies; eventuele beperkingen in psychometrische kwaliteiten van een instrument 'vertalen' naar de interpretatie en betekenis van de verzamelde gegevens.

Uitvoering van de diagnostische cyclus - anders dan de afname van tests -, reflectie en ethiek (eis 4)

(theoretische kennis van psychodiagnostiek is benoemd onder eis 1):

Verzoeker kan:

- hulpvragen en diagnostische vragen onderscheiden en formuleren t.b.v. een casus.
- op basis van theoretische modellen en empirische gegevens, voor gangbare vraagstellingen binnen het eigen beroepsveld, adequate hypotheses en toetsingscriteria formuleren t.b.v. individuele casuïstiek.
- op basis van onderzoeksresultaten onderbouwd beargumenteren of een hypothese aangenomen of verworpen kan worden en een advies opstellen, en op conclusies/ adviezen reflecteren.
- een integratief beeld te vormen, dat zich zowel richt op kwetsbaarheden en problemen als op beschermende factoren/krachten; op basis van verzamelde gegevens en theorie/ empirie hypotheses beoordelen, conclusies formuleren en de cliënt adviseren.
- zowel mondeling als schriftelijk rapporteren over een casus.
- reflecteren op de stappen in het diagnostisch proces.

Verzoeker heeft:

- kennis van veelvoorkomende valkuilen en biases die kunnen spelen bij oordeels- en besluitvorming en deze herkennen in een diagnostische context.
- kennis van juridisch-ethische aspecten rondom diagnostiek en deze vertalen naar de diagnostische context t.a.v. het individu.

4. Praktijkstage

Teneinde de BAPD te behalen, dient verzoeker (in supervisiecontext supervisant genoemd) minimaal 200 uur gesuperviseerde werkzaamheden (praktijkstage) te hebben verricht op het gebied van de psychodiagnostiek. 'Psychodiagnostiek' moet in dit kader breder worden opgevat dan alleen testonderzoek. Ook bijv. de afname van (semi-)gestructureerde interviews en een klachtenanamnese in de context van een intake behoren hiertoe. Deze werkzaamheden worden bij het verzoek tot afgifte van de BAPD aangetoond middels een stage- of werkgeversverklaring.

Bijlage B. Supervisie en casusverslagen ten behoeve van de BAPD NIP

1. Algemeen

Tijdens de praktijkstage selecteert verzoeker drie casus en werkt deze uit op de wijze zoals beschreven in het reglement, meer specifiek in deze bijlage, paragraaf 3.

De supervisie behelst een persoonlijk leerproces van de supervisant onder begeleiding van een supervisor. De supervisant wordt tijdens supervisiebijeenkomsten gestimuleerd tot reflectie op het eigen leerproces en op het eigen professioneel handelen, waarbij persoonlijke ontwikkeling en werkervaring elkaar direct en wederzijds beïnvloeden.

De supervisie over de psychodiagnostiek in de drie geselecteerde casus beslaat in totaal minimaal 20 uur, ingevuld op verschillende mogelijke manieren (live contact / beeldbellen / testafname / nakijken verslaglegging, etc.) en voldoet aan de voorwaarden zoals beschreven in het reglement, meer specifiek in deze bijlage, paragraaf 2.

De benodigde uren supervisie kunnen ingevuld worden door meerdere personen.

De supervisie wordt bij het verzoek tot afgifte van de BAPD aangetoond via een supervisieverklaring.

2. Twintig uur supervisie

a. keuze van de supervisor

De supervisant kan de voor hem/haar passende supervisieform kiezen. De te kiezen vormen zijn:

1. individuele supervisie (minimaal 20 uur);
2. groepssupervisie: een supervisiegroep bestaat uit maximaal drie supervisanten. Bij een groep bestaande uit twee supervisanten dient minimaal 30 uur supervisie te zijn gevolgd, bij drie supervisanten ten minste 40 uur.

In veel gevallen wordt de supervisie uitgevoerd door zowel een docent-supervisor aan de universiteit als een supervisor op de stageplek. De docent-supervisor is eindverantwoordelijke voor het goedkeuren van de casusverslagen. De docent-supervisor kan daarbij een puur beoordelende tot een intensief begeleidende rol hebben, afhankelijk van de procedure van de universiteit, de beschikbaarheid van een gekwalificeerd supervisor op de stageplek en de gemaakte afspraken tussen de universiteit, stageplek en verzoeker. Als een deel van de supervisie gedelegeerd wordt naar een gekwalificeerd supervisor, dan voldoet deze tenminste aan één van de volgende voorwaarden:

- een door de NIP-commissie Basisaantekening Psychodiagnostiek erkend supervisorschap (tot uiterlijk 1-1-2022)
- BIG registratie als gezondheidszorgpsycholoog of klinisch (neuro)psycholoog
- registratie als supervisor Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP
- registratie als Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP/Registerpsycholoog NIP
- registratie als Registerpsycholoog NIP/Arbeid en Organisatie NIP
- registratie als supervisor NVO Orthopedagoog-Generalist
- registratie als NVO Orthopedagoog-Generalist
- ontheffing op basis van aantoonbare ruime werkervaring en deskundigheid op het gebied van psychodiagnostiek in het betreffende werkveld. De beslissing tot ontheffing is ter beoordeling van de universiteit die de BAPD afgeeft.

Het is niet toegestaan als supervisor op te treden als:

1. tussen de supervisor en supervisant een familierechtelijke betrekking, een daarmee gelijkstaande relatie, of een economisch samenwerkingsverband bestaat;
2. supervisor en supervisant een arbeidsrechtelijke relatie hebben.

b. rol en taken van de (docent-)supervisor

De (docent-)supervisor heeft binnen de kaders van de BAPD de verantwoordelijkheid om de supervisant te begeleiden in het persoonlijk leerproces waar het gaat om ontwikkeling van een kennis- en vaardighedeniveau op het gebied van de algemene psychodiagnostiek, en delegeert dat mogelijk in meer of mindere mate aan de supervisor op de stageplek.

De (docent-)supervisor draagt medeverantwoordelijkheid voor de naleving van het bepaalde in het BAPD-reglement.

De (docent-)supervisor begeleidt de supervisant bij het schrijven van de casusverslagen vereist voor de BAPD. De begeleiding richt zich op de volgende aspecten:

- a. de inhoudelijke kwaliteit van de casus;
- b. de opzet en structuur van het verslag;
- c. de formele eisen waar het casusverslag aan moet voldoen volgens het reglement.

Wat de rapporten betreft: deze dienen betrekking te hebben op reële casuïstiek die door de supervisant zelfstandig en in het licht van de BAPD-eisen op voldoende niveau is onderzocht; dit dient in de supervisieverklaring te zijn vastgelegd.

De geaccrediteerde universiteiten zijn verantwoordelijk voor het waarborgen van de kwaliteit van het proces van de afgifte van de BAPD. Alle goedgekeurde casusverslagen worden op inhoudelijke en wetenschappelijke kwaliteit getoetst door de aangewezen eindverantwoordelijke van de betreffende universiteit. Dit kan leiden tot (voorlopige) afwijzing van (een of meer) casusverslagen. In voorkomende gevallen kan verzoeker in de gelegenheid gesteld worden aanpassingen te maken om alsnog in aanmerking te komen voor de BAPD, volgens de regels van de betreffende universiteit.

3. Drie casusverslagen

a. algemeen

De drie casusverslagen moeten een zo breed mogelijk terrein naar vraagstelling en psychodiagnostische instrumenten bestrijken. De casusverslagen mogen op het moment van indienen niet ouder zijn dan twee jaar. De geaccrediteerde universiteiten mogen indien gewenst voor één van de drie casusverslagen een gerichte onderzoeksplan met literatuurstudie inzetten, in de vorm van een *Strategieopdracht* (instructie op te vragen bij eigen universiteit). Voor een toelichting op de eisen rondom de variëteit aan casuïstiek, zie met name paragraaf 3.d.

De BAPD heeft betrekking op kennis en vaardigheden op het gebied van de algemene psychodiagnostiek. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen psychodiagnostiek in een niet-klinische en een klinische setting. Daarom wordt voor de casusverslagen uit beide settings een zelfde format gehanteerd en worden de elementen in termen aangeduid die zowel in een niet-klinische als klinische context toepasbaar zijn. Wel wordt bij de toelichting van de elementen de terminologie waar nodig naar context gedifferentieerd.

Bij de verslaglegging is de Algemene Standaard Testgebruik (NIP, 2017) in beginsel leidend. Ten behoeve van de toetsbaarheid van het diagnostische besluitvormingsproces dienen de verslagen echter aan andere, aanvullende eisen te voldoen (zie paragrafen 3.2 en 3.3). Het casusverslag dient zo geschreven te zijn dat inzichtelijk is hoe de conclusies en aanbevelingen op grond van de onderzoeksresultaten aansluiten op de vraagstellingen en diagnostische hypothesen, en welke kanttekeningen hierbij vanuit een wetenschappelijk-professionele evaluatie te maken zijn. De elementen van het verslag hebben betrekking op de stappen die worden gezet binnen het verloop van de diagnostische besluitvorming. Het verslag zal duidelijk moeten maken dat de diagnosticus op verantwoorde wijze gebruik heeft gemaakt van kennisbronnen die relevant zijn voor de (klinische) praktijk. Deze kennisbronnen zijn theoretische en empirische kennis op het betreffende onderzoeksgebied, het bestand aan instrumenten dat voor diagnostisch onderzoek op het betreffende domein in aanmerking komt, kennis over fouten en vertekeningen van het ongewapende (klinische) oordeel en redeneren, en de professionele ervaringskennis zoals gedocumenteerd in richtlijnen, protocollen en gevalstudies. Bij het expliciteren van de overwegingen, keuzes en beslissingen wordt verwezen naar de gebruikte literatuur. Ook wordt aandacht besteed aan de mondelinge en schriftelijke rapportage aan de cliënten en/of de opdrachtgevers en hoe deze is verlopen. Vanwege bovenstaande vereisten wijken de BAPD-verslagen af van rapportages zoals die in de praktijk veelal worden opgesteld. Het casusverslag omvat maximaal 7000 woorden, exclusief ruwe scores en literatuurlijst.

b. elementen van het casusverslag

Het casusverslag omvat de volgende elementen:

1. cliëntgegevens

2. reden van aanmelding
3. intake
4. onderzoeksopzet
5. observaties en indrukken
6. onderzoek
7. samenvatting en integratief beeld
8. conclusies en advies
9. evaluatie
10. ethiek
11. bijlagen

Hieronder volgt bij elk van deze elementen een korte omschrijving van de inhoud. In de paragrafen die volgen, wordt het diagnostische proces van een nadere toelichting voorzien, zowel inhoudelijk als procesmatig.

1. Cliëntgegevens

Alle persoonlijke gegevens die voor een casus van belang zijn, zoals leeftijd, sekse, gezinssamenstelling, werk-/schooltype, onderzoekssetting en aanmelder moeten worden vermeld. In geval van een opdracht door een organisatie is de cliënt de (potentiële) medewerker en fungeert de organisatie, in de regel vertegenwoordigd door een manager, directeur of HR-adviseur, als aanmelder en opdrachtgever. In geval van een opdracht door een organisatie is de cliënt de vertegenwoordiger van de organisatie c.q. opdrachtgever. Houd rekening met de privacy gevoeligheid van de informatie. Geef expliciet aan dat de gegevens zijn geanonimiseerd. Gebruik geen namen van instellingen en/of (klant)organisaties. Verwijder namen van familieleden, onderzoeksdata, geboortedata, beroep, plaatsnamen en dergelijke of pas deze aan.

2. Reden van aanmelding of opdracht

De reden van aanmelding of opdracht wordt in enkele zinnen aangegeven.

3. Intake

Geef een samenvatting, in enkele zinnen, van gegevens die al voor aanvang van het onderzoek bekend zijn uit aanmeldingsformulieren, verwijsbrieven, doorgestuurde dossiergegevens en eventuele intakevragenlijsten zowel als welke tijdens een (telefonisch) intakegesprek met cliënt of opdrachtgever zijn verkregen. Beschrijf de klachtbeleving (subjectieve kijk op de huidige klachten / problemen), het beloop van de klachten / problemen in de tijd, relevante anamnestiche gegevens of visie van de opdrachtgever. Het intakegesprek wordt beëindigd met het formuleren van concrete hulpvragen of vragen die aansluiten op de klachten van de cliënt dan wel de visie van de opdrachtgever.

4. Onderzoeksopzet

Geef voor elke (hulp)vraag het vraagstelling- en onderzoekstype. Gebruik hiervoor de taxonomie in Tabel 1 in paragraaf 3.4 als leidraad. Zorg voor minstens drie typen vraagstelling in het totaal van de drie casus. Formuleer op basis van de klachten of de vragen van de cliënt/opdrachtgever een aantal hypothesen en daaruit afgeleide onderzoeksvragen (voor een uitzondering hierop zie 3.5). Hierbij moet worden gerefereerd aan wetenschappelijke literatuur of aan gepubliceerde casuïstiek of ervaringskennis. Vermeld hoe de hypothesen of onderzoeksvragen worden onderzocht. Gebruik hierbij instrumenten zoals vragenlijsten, tests, observatiemethoden, of interviews (zie Tabel 2 in paragraaf 3.6), eventueel aangevuld met dossieranalyse. De instrumenten kunnen variëren in psychometrische kwaliteit en relevantie voor het betrokken domein. Zet minimaal twee methoden per casus in en gebruik in het totaal van de drie casus elk van de drie methoden tenminste éénmaal. Vermeld per hypothese of onderzoeksvraag de criteria waaraan voldaan moet worden om tot een conclusie te komen (toetsingscriteria). Bespreek indien relevant de overwegingen en gemaakte keuzes voor de inzet (of juist niet) van onderzoeksmiddelen. Dit is vooral relevant bij inzet van instrumentarium waarvan de (psychometrische) kwaliteiten beperkt zijn of indien u te maken heeft met cliënten met een andere (culturele) achtergrond dan waar het instrument oorspronkelijk voor bedoeld en/of genormeerd was.

5. Observaties en indrukken

Beschrijf onder 'indrukken' de eerste indrukken en observaties over de wijze waarop de cliënt zich tijdens het onderzoek als persoon presenteert (zoals uiterlijk, contact en houding, klachtpresentatie en gevoelens opgeroepen bij de onderzoeker, en reacties van de cliënt bij onbedoelde verstoring van

onderzoeksituatie), en onder 'observaties' gerichte observaties over de wijze waarop de cliënt op de onderzoek- of testinstructies reageert en hoe cliënt de opdrachten uitvoert. Aandachtspunten hierbij zijn niet alleen het cognitief functioneren van de cliënt, maar bijvoorbeeld ook diens affectieve en emotionele reacties en diens zintuiglijk en motorisch functioneren. Vermeld alleen observaties die opvallend zijn én relevant voor het beantwoorden van de vraagstelling. Opgemerkt wordt dat bij observaties en indrukken zowel 'positieve' als 'negatieve bevindingen' relevant kunnen zijn; onder de eerste categorie vallen fenomenen die als vanzelf in het oog springen, de tweede categorie betreft fenomenen die juist opvallend zijn vanwege hun afwezigheid (bijvoorbeeld boven verwachting goed in staat blijken gedetailleerde informatie uit voorgaand onderzoekscontact te kunnen reproduceren bij een zelfrapportage van ernstige geheugenklachten). Bij de interpretatie van de resultaten (Figuur 1 in paragraaf 3.3) dient de mate waarin observaties en indrukken passen bij de overige onderzoeksbevindingen, dan wel de mate waarin ze hiermee in tegenspraak zijn steeds systematisch te worden geëvalueerd. Voor zover (meer gestructureerde) observationele methoden worden gebruikt om specifieke hypothesen te (helpen) toetsen, behoren deze tot de onderzoeksmethode. Ze dienen dan te worden beschreven in de rubriek Onderzoek (3.2.6).

6. Onderzoek

Vermeld per onderzoeksvraag en hypothese de uitkomsten voor ieder onderzoeksinstrument. Vermeld waar van toepassing standaardscores en evt. betrouwbaarheidsintervallen, en leg uit wat deze betekenen. Hierbij volstaat het niet om de kwalificatie van de handleiding over te nemen. Geef aan op welke wijze de observaties meewegen bij de interpretatie van de resultaten. Geef aan in hoeverre de resultaten voldoen aan de vooraf geformuleerde toetsingscriteria. Vermeld en beargumenteer welke hypothesen aanvaard, verworpen of aangehouden worden.

7. Integratief beeld

Formuleer een integratief beeld waarin bevindingen en onderzoeksresultaten op elkaar worden betrokken in een beschrijvende diagnose. Presenteer dit beeld als een overkoepelend interpretatiekader en verwijst naar de kennisbestanden waarvan gebruik is gemaakt om de integratie te onderbouwen. Vermijd onterechte coherentie door ook gegevens die niet in het beeld passen te vermelden.

8. Conclusies en advies

Op grond van de uitkomsten van de onderzoeksinstrumenten en het integratief beeld worden conclusies geformuleerd en aanbevelingen gedaan voor interventies of mogelijk nader onderzoek.

9. Evaluatie

In deze paragraaf dient u inzichtelijk te maken hoe u in deze casus het diagnostische proces heeft gehanteerd en wat hierin voor u belangrijke leermomenten waren. Met andere woorden: u wordt gevraagd om uw casus vanuit een overstijgende blik te bekijken. Er wordt gereflecteerd op het persoonlijk leren en functioneren tijdens het doorlopen van het diagnostisch proces. Wat vond u lastig en waarom? Tot welke inzichten bent u gekomen? En met name: wat zou u een volgende keer anders doen? Hierbij kan gedacht worden aan professionele en persoonlijke beperkingen en/of grenzen waar u tegen aan gelopen bent, bijvoorbeeld qua (mate van) deskundigheid, de relatie met het cliëntensysteem, interculturele aspecten, omgaan met en leren van feedback in de supervisie, keuze van onderzoeksinstrumenten en de interpretatie ervan, verantwoording/toelichting van gekozen handelwijzen et cetera.

10. Ethiek

In deze paragraaf dient u inzichtelijk te maken hoe u in deze casus bent omgegaan met ethische vraagstukken en wat hierin voor u belangrijke leermomenten waren. Er wordt gerelateerd aan beroepsethische aspecten, toegespitst op deze casus. Hierbij kunt u denken aan professionele verantwoordelijkheid, gelijkwaardige behandeling en openheid tegenover de cliënt, duidelijkheid scheppen over de rol die u als diagnosticus bekleedt, het respecteren van het recht op privacy en vertrouwelijkheid van de cliënt en het in acht nemen van de grenzen van de eigen deskundigheid. Ook kunt u hierbij aandacht geven aan mogelijke gevolgen van en uw omgang met zwakkere kanten en complexiteiten van het onderzoek zelf, bijvoorbeeld het gebruik van instrumenten met problematische psychometrische kwaliteiten, afwijkingen van best practice diagnostiek of landelijke richtlijnen, afwijkingen in de standaard afname, scoring of interpretatie van instrumenten, de aanwezigheid van factoren die resultaten vertekend kunnen hebben of complexe vragen die zich hebben voorgedaan.

11. Bijlagen

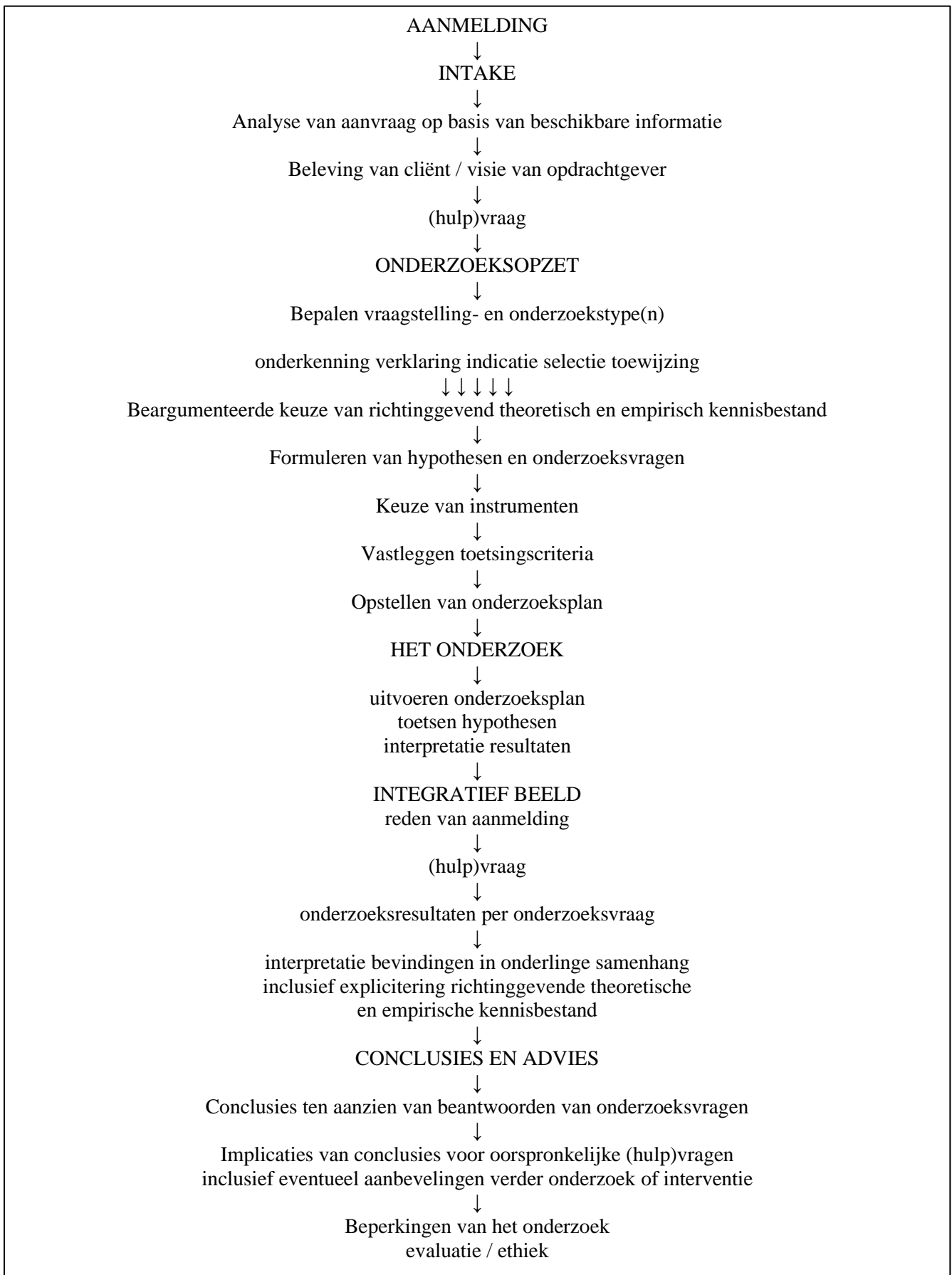
Vermeld te allen tijde die testuitslagen die voor een beoordeling van het interpretatieproces nodig zijn (gestandaardiseerde scores (decielen, percentielen, T-scores, IQ's), betrouwbaarheidsintervallen et cetera) en expliciteer (indien afwijkend van handleiding) welke normen zijn gehanteerd. Dit mag zowel in een bijlage als in het verslag zelf, zolang de interpretaties en conclusies maar transparant en toetsbaar zijn voor de lezer. Refereer aan literatuur volgens APA-richtlijnen. De literatuurlijst staat in een bijlage bij het verslag.

c. toelichting op de stappen in het diagnostische proces

Het diagnostische proces start uiteraard met de aanmelding en eindigt met de bespreking van het advies. Tussen dit begin- en eindpunt voltrekt zich een proces waarbij vanuit het perspectief van de diagnosticus een regelmatige switch plaats vindt tussen overwegen en doen. Het overwegen betreft het formuleren van hypothesen, interpreteren van gegevens, kiezen van de gepaste onderzoeksinstrumenten, en integreren van bevindingen. Het doen is het daadwerkelijk uitvoeren van de activiteiten die aansluiten op de beslissingen die als gevolg van het overwegen worden genomen. De grote lijn waarlangs het diagnostische proces verloopt, is terug te vinden in de opzet van het casusverslag. In deze opzet wordt de reden van aanmelding (start van het diagnostische proces) gevolgd door de rubrieken intake, onderzoeksoopzet, onderzoek (met begeleidende observaties en indrukken), integratief beeld, en conclusies en advies. Deze rubrieken representeren de hoofdstappen in het diagnostische proces (zie Figuur 1). Indien nodig zullen hoofdstappen herhaald worden en het proces vanuit de bijgestelde resultaten conclusies verder worden afgewikkeld. De deelstappen waaruit deze hoofdstappen zijn opgebouwd zijn reeds impliciet aan de orde gekomen bij de beschrijving van de elementen van het casusverslag en komen ook in de verdere toelichting ter sprake. Voor de volledigheid worden de stappen uit het diagnostische proces die ten grondslag liggen aan het casusverslag hier in Figuur 1 gepresenteerd.

De stappen in het diagnostische proces kunnen naar hun aard ook geordend worden binnen de methodologische grondfiguur van de empirische cyclus bestaande uit de fasen observatie, inductie, deductie, toetsing en evaluatie. Aanmelding en intake leveren het uitgangsmateriaal (observatie) voor het uitwerken van de onderzoekopzet waarbij de eerste stappen resulteren in de keuze voor een theoretisch en empirisch kader (inductie) op basis waarvan toetsbare hypothesen worden geformuleerd (deductie). Met het uitvoeren van het onderzoek worden hypothesen getoetst (toetsing), en de uitkomsten worden in het licht van de vraagstellingen samengevat en geïntegreerd (evaluatie). Overigens moet er op gewezen worden dat de diagnostische praktijk niet als een lijnrechte uitvoering van wetenschappelijk onderzoek kan worden gezien. Waar het hier om gaat is dat in de geest van de empirische cyclus gewerkt wordt. Verwachtingen worden geëxpliciteerd, empirisch getoetst en de uitkomsten kritisch geëvalueerd in een proces dat zo goed mogelijk verankerd ligt in de gedragswetenschap, inclusief de binnen deze wetenschappen ontwikkelde generieke ondersteunende disciplines als onderzoeksmethodologie, statistiek, psychometrie, en beslissingstheorie. Verdere disciplineren vindt plaats doordat de beschikbare wetenschappelijke hulpmiddelen worden ingezet, rekening houdend met de aard van de betrokken diagnostische vraagstelling. Een toewijzingsonderzoek dient volgens de regels van toewijzingsonderzoek te worden uitgevoerd en niet, bijvoorbeeld, volgens de regels van onderkennend onderzoek. Voor elk van de betrokken vraagstellingstypen (onderkenning, verklaring, indicatie, selectie, toewijzing) doet de diagnosticus beroep op het daartoe geëigende bestand aan theoretische, empirische en methodische kennis. Zo is het kennisbestand aan classificatiesystemen van probleemgedrag en de daarvoor ontwikkelde instrumenten een geëigend onderdeel bij de onderkennende diagnostiek in de klinische praktijk, maar niet relevant voor een toewijzingsonderzoek waarbij leerlingen verdeeld moeten worden over verschillende schooltypes. In de onderkennende diagnostiek van probleemgedrag bestaat het kennisbestand uit de methoden ontwikkeld om het probleemgedrag te beschrijven en te classificeren aan de hand van vastgelegde criteria (bijvoorbeeld classificatie van probleemgedrag binnen het DSM-systeem op basis van een daarop afgestemd interview). In het toewijzingsonderzoek bij leerlingen bestaat het kennisbestand uit de variabelen waarvan is aangetoond dat zij differentiële predictiviteit bezitten, de gehanteerde predictiemodellen, en het instrumentarium dat ontwikkeld is om de betrokken variabelen valide te beoordelen.

Figuur 1: Stappen in het diagnostische proces conform het model van het casusverslag



d. (hulp)vragen, diagnostische vraagstelling- en onderzoekstypen

In een niet-klinische setting is er doorgaans geen sprake van hulpvragen maar van vragen gesteld door de opdrachtgever, zijnde een individu of organisatie. De vragen kunnen zowel betrekking hebben op de organisatie als op specifieke individuen. De vragen hebben betrekking op de normale ontwikkeling en ontplooiing van de cliënt (individu of organisatie). Hulpvragen hebben betrekking op de verstoorde ontwikkeling of problematische ontplooiing. “Wat is het beste schooltype voor mijn kind?” en “Voldoet deze sollicitant aan de functie-eisen?” zijn voorbeelden van niet-klinische vragen. “Heeft mijn kind dyslexie?” en “Heb ik therapie nodig om mijn problemen op te lossen?” zijn voorbeelden van klinische hulpvragen. Bij het beantwoorden van de (hulp)vragen speelt niet alleen de inhoud van de hulpvraag een rol, maar ook het soort of type diagnostische vraagstelling dat bij het beantwoorden van de hulpvraag aan bod komt.

De hulpvraag “Heeft mijn kind dyslexie?” heeft inhoudelijk betrekking op het lees- en spellingsdomein, en is naar de aard van de vraagstelling te typeren als een vraag naar de onderkenning van een probleem of stoornis. Deze hulpvraag is te typeren als een onderkennende vraagstelling en vereist daarom onderkennend onderzoek. De hulpvraag “Wat is het beste schooltype voor mijn kind” is te typeren als een vraag naar indicatie (in dit geval van schooltype). De aard van de vraagstelling maakt duidelijk wat met het onderzoek beoogd wordt. De hulpvraag “Heeft mijn kind dyslexie” is een voorbeeld van een enkelvoudige vraag. In de praktijk kan het voorkomen dat het onderzoek beperkt blijft tot het beantwoorden van één enkelvoudige hulpvraag. Vaker is er sprake van meervoudige (hulp)vragen. Meervoudige (hulp)vragen hebben betrekking op verschillende vraagstelling- en daarmee corresponderende onderzoekstypen. Het komt voor dat meervoudige (hulp)vragen door de cliënt of opdrachtgever ook als zodanig worden ingebracht. De vraag “Zijn er in het team spanningen die van invloed zijn op de productie, en zo ja wat kan ik als manager doen om de spanningen te reduceren?” bevat achtereenvolgens een onderkennende (Zijn er in het team spanningen?), een verklarende (Zijn de spanningen van invloed op de productie) en een indicerende vraagstelling (Wat doen om de spanningen te reduceren?). Het komt ook voor dat de initiële (hulp)vraag schijnbaar enkelvoudig is maar dat tijdens de bespreking ervan blijkt dat achter de enkelvoudige (hulp)vraag een aantal andere (hulp)vragen schuil gaat. De hulpvraag van een moeder “Wat is er mis met mijn kind” is als zodanig te kenmerken als een enkelvoudige hulpvraag die correspondeert met een onderkennend vraagstelling- en onderzoekstype. Tijdens de intake kan vervolgens blijken dat moeder zich om meer zaken zorgen maakt, zoals de invloed van de relatieproblemen van de ouders op de ontwikkeling van het kind en het feit dat de spanningen in het gezin haar zo langzamerhand te veel beginnen te worden. Zij weet nu niet alleen niet meer hoe haar kind, maar ook niet hoe zijzelf het best geholpen kan worden. De onderkennende vraagstelling van de initiële hulpvraag (“Wat is er mis met mijn kind”) geeft aanleiding tot het formuleren van minstens één verklarende (“Dragen mijn/onze relatieproblemen bij aan de problemen van mijn kind”) en twee indicerende vraagstellingen (“Hoe kan mijn kind het best geholpen worden?” en “Hoe kan ik ondersteund worden in het omgaan met de spanningen in mijn gezin?”). De voorbeelden van (hulp)vragen in Tabel 1 zijn geclassificeerd naar vraagstelling- en onderzoekstypen. De (hulp)vragen in Tabel 1 zijn enkelvoudige (hulp)vragen. Zij zijn te classificeren binnen een enkel vraagstelling- en daarmee corresponderend onderzoekstype.

Tabel 1: Classificatie van (hulp)vragen naar vraagstelling- en onderzoekstypen

Vraagstelling - onderzoekstype	Groeibevorderende (hulp)vragen(ontwikkeling/loopbaan/organisatie)	(Hulp)vragen (verstoorde of bedreigde ontwikkeling/loopbaan/organisatie)
onderkennend	- Zijn er in mijn team sluimerende/ onderhuidse conflicten?	- Heeft mijn kind een rekenstoornis? - Is er bij deze persoon sprake van een autisme spectrumstoornis?
verklarend	- Deze leerling maakt sneller vorderingen dat wij gedacht hadden. Heeft dat met de nieuwe leerkracht te maken? - Welke spanningen in het team zijn van invloed op de productie?	- Werkt de psychische stoornis van betrokkene door in het ten laste gelegde? - Volgens de ouders is het kind zeer teruggetrokken, maar de leerkracht merkt geen verschil met de andere kinderen. Hoe komt dat? - Zijn de concentratieproblemen van deze persoon een gevolg van een ongeval?
indicerend	- Welke interventies zijn nodig of gewenst om mijn teamleden op een hoger plan te krijgen?	- Is een intensieve behandeling voor dit kind met dyslexie aangewezen? - Is TBS geïndiceerd?
selecterend	- Welke sollicitant(en) is/zijn het meest geschikt voor deze functie?	- Welke cliënt(en) hebben de meeste baat bij de vorm van cognitieve therapie in deze instelling?
toewijzend	- Kunnen we deze persoon een leidinggevende taak op de afdeling toevertrouwen? - Wie komt in aanmerking voor plaatsing op een andere afdeling?	- Welke van de wachtlijstcliënten komt als eerstvolgende in aanmerking voor een kortdurende behandeling?

e. onderzoeksvragen en hypothesen

Onderzoeksvragen zijn de vakinhoudelijke vragen die aansluiten bij de (hulp)vragen van de cliënt, uitgebreid met vragen die de diagnosticus op basis van eigen ervaring en kennis van de literatuur gekoppeld aan de tot dan toe verzamelde gegevens van belang acht. Zo kan het voorkomen dat bij een enkelvoudige hulpvraag als "Heeft mijn kind dyslexie?" de diagnosticus zich genoodzaakt ziet ook onderzoek te doen naar aanvullende of alternatieve leer- of ontwikkelingsproblemen (bijvoorbeeld "Is er bij dit kind sprake van een taalprobleem?"). De onderzoeksvraag is dan niet "Is er bij dit kind sprake van dyslexie?", maar "Is er bij dit kind sprake van dyslexie en/of andere typen leer- en ontwikkelingsproblemen?". De verantwoording van de onderzoeksvraag wordt geformuleerd in de daarbij uitgewerkte onderzoekshypothese(n) waarbij de diagnosticus de plausibiliteit van de betrokken hypothese ten aanzien van de casus op basis van empirische, theoretische dan wel ervaringskennis aangeeft. In het gegeven voorbeeld zou het kunnen dat de diagnosticus ook vermoedt dat er sprake is van een taalontwikkelingsprobleem en daarom de twee volgende onderzoekshypothesen heeft geformuleerd. Hypothese 1: Volgens de leerkracht heeft het kind geen problemen met rekenen maar wel met lezen en spellen. Wellicht is er sprake van dyslexie. Hypothese 2: Uit de anamnese blijkt dat de taalontwikkeling van het kind laat en moeizaam op gang is gekomen. Het kind kan wel mee op school en kan instructies ook goed begrijpen, maar heeft een beperkte woordenschat en spreekt gelet op haar leeftijd in eenvoudige zinnen. Wellicht is er sprake van een expressieve taalstoornis.

Typend voor diagnostische onderzoekshypothesen is dat zij inductief gegenereerd worden op basis van individuele cliëntkenmerken. Dit is zowel in de klinische als niet-klinische diagnostiek het geval als het gaat om onderkennende, verklarende en indicerende hypothesen. Uit een intake met een opdrachtgever kan bijvoorbeeld blijken dat een betrokken medewerker meer fouten maakt nadat het werk complexer is geworden. Op basis van kenmerken van de betrokken medewerker vastgelegd in het curriculum vitae (CV) zou bijvoorbeeld de volgende (verklarende) onderzoekshypothese

geformuleerd kunnen worden: Deze medewerker is meer fouten gaan maken nadat het werk door taakverschuiving en reorganisatie complexer is geworden. Uit het CV blijkt een vooropleiding van MAVO gevolgd door MBO. De huidige functie is van een HBO+ niveau. Wellicht wordt de medewerker op cognitief vlak overvraagd. De zaak ligt anders als het gaat om selectie of toewijzing waarbij cliënten gescreend worden op grond van vooraf vastgestelde criteria. Er is wel een onderzoeksvraag, maar geen inductieve hypothese. In deze gevallen is het gekunsteld om van onderzoekshypothesen te spreken en kan de diagnosticus zich beperken tot de onderzoeksvragen en bijbehorende criteria.

f. instrumenten: methoden en domeinen

In Tabel 2 is een indeling van psychodiagnostische instrumenten gehanteerd naar methode en domein. Deze indeling is te beschouwen als een pragmatische indeling, aangezien er niet één algemeen geaccepteerde taxonomie voor psychodiagnostische instrumenten is. Er worden drie basismethoden onderscheiden (1. Prestatietaken, 2. Zelfrapportage en 3. Beoordeling en observatie) en binnen elke methode een aantal domeinen.

Conform de Algemene Standaard Testgebruik geldt dat psychodiagnostisch instrumentarium kan worden ingezet als wordt voldaan aan de algemene voorwaarden van 'Kwaliteit' en 'Relevantie'. De kwaliteit van het instrumentarium kan blijken uit een voldoende beoordeling door de commissie testaangelegenheden (COTAN) of dient anderszins door de psychodiagnosticus te kunnen worden verantwoord. Het principe van relevantie verwijst naar een instrumentkeuze waarvan aannemelijk is dat deze zal bijdragen aan het beantwoorden van de diagnostische vraagstelling. Voor de aanvraag van de BAPD geldt echter een aantal aanvullende regels:

- Zet minimaal twee methoden per casus in en gebruik -in principe- in het totaal van de drie casus elk van de drie methoden tenminste éénmaal. Echter, in bepaalde situaties is (uitgebreide/ gestructureerde) zelfrapportage onmogelijk of onwenselijk (bijvoorbeeld vanwege een te jonge (mentale) leeftijd). Indien deze methode daardoor minder ingezet kan worden, dan dient dit verantwoord te worden in de Evaluatie. Hierbij dient dan ook inhoudelijk te worden gereflecteerd op de gevolgen van het missen van deze informatiebron. In dergelijke gevallen wordt aanbevolen om tenminste de perceptie van naasten (opvoeder, voogd, et cetera) over de klachtbeleving van de cliënt in het verslag op te nemen.
- Bespreek en interpreteer het ingezette instrumentarium, met oog voor het specifieke patroon van sterkten en zwakten; prestatietaken kennen bijvoorbeeld andere potentiële stoorfactoren (zoals vermoeidheid, faalangst, et cetera) dan de zelfrapportage-methode (sociale wenselijkheid, beperkt zelfinzicht en dergelijke). Tevens verschillen ingezette instrumenten qua betrouwbaarheid en validiteit; hoe (psychometrisch) sterker het materiaal, des te steviger/stelliger de uitspraken en/of conclusies mogen zijn. Bevindingen uit psychometrisch sterk materiaal verdienen in de regel een centralere plek in de beschouwing dan die uit psychometrisch zwakkere instrumenten.
- Wat betreft de inzet van domeinen, is Tabel 2 zo opgezet dat er voor elk van de drie methoden keuzeruimte geboden wordt om één of meer domeinen toe te passen naar gelang de vraagstelling en de specifieke diagnostische setting. Per methode kan worden volstaan met de inzet van één domein, maar uit de vraagstelling van een bepaalde casus kan de noodzaak voortvloeien tot de inzet van meer dan één domein voor die specifieke casus; cruciaal hierbij is dat de inzet van instrumentarium altijd voldoende dekkend moet zijn om de vraag te kunnen beantwoorden.

Tabel 2: Testmethoden en domeinen

Methodie	Domein	Voorbeelden*
1. Prestatietaken	Intelligentietests	WAIS, WISC, RAKIT, GIT Raven, KAIT, etc.
	Neuropsychologische taken & functietests	TMT, Stroop, BADS, 15-W, CFR, etc.
	Motoriek-onderzoek	MABC, KTK, MOT'97, etc.
	Didactische taken	CITO, AVI, TVK, EMT, Klepel, DST-NI, PI dictee, niveautest rekenen etc.
	Organisatorische prestatietaken	Digitale postbakoefeningen, Clues, Utopia, MCS, managementsimulaties, Highlight, Zeezicht etc.
2. Zelfrapportage	Klachtgericht / Probleemgericht	SCL, BDI, YSR, PMT, DEX-vragenlijst, CFQ, CIS, SVL, VBBA, VOS, ASK, (werkgerelateerde) stress-/energiebronnen etc.
	Persoonlijkheid: a. omnibus b. specifiek aspect	a. DAPP, MMPI, NPV, NEO, BIP, OPQ b. UCL, SIG, PMT, etc.
	Waarden en attitudes / Welbevinden	BIT, ZKM, BZO, Drijfverenlijst, Kidscreen zelfrapportage, SDQ zelfrapportage etc.
	Gezin/ systeem	NOSI (K), FRT etc.
	3. Beoordeling, observatie en interpretatie	Gedragsbeoordeling (algemeen)
Gedragsbeoordeling Classificatie /Psychopathologie (DSM-IV-TR-criteria)		a. informanten: AVL b. professional : (Semi)gestructureerd interview (MINI, DIVA, SCID, Spek-interview, CAS) etc.
Risicotaxatie		HCR, SVR, PCL-R, SAVRY, SAPROF
Gedragsobservatie		Spelobservatie (GORS), Schoolobservatie, Simulatie / rollenspel (In-Basket), onderhandelings-/beoordelings-/advies-/coachingsgesprekken, presentaties, fact-finding, training / les, (strategische) schrijfpoddrachten, ABC-schema, KINDL-R, LLRV, Kidscreen informanten etc.
Organisatiebeoordeling		BASAM, NIPG, MTO, WEB-Monitor etc.
	Projectief materiaal / Expressie-taken	ZAT, TAT, Rorschach, SIT, PFT, et cetera

* Genoemde taken betreffen voorbeelden, het schema is niet uitputtend en het wil zeker niet zeggen dat dit de beste of zelfs goede instrumenten zijn voor het doel waarvoor de psychodiagnosticus deze inzet; voor toelichting van de gebruikte afkortingen wordt verwezen naar psychodiagnostische handboeken en de COTAN-documentatie.

g. Integratief beeld

Het integratief beeld reikt verder dan een samenvatting. De verschillende onderdelen van de reeds eerder gerapporteerde informatie worden nu met elkaar in verband gebracht en tot een beknopte casusformulering geïntegreerd. Met het integratief beeld ontwerpt de diagnosticus als het ware een theorie van het individuele geval waarin niet alleen de onderzoeksuitkomsten in strikte zin, maar alle ter beschikking staande informatie over de cliënt wordt betrokken. Het integratief beeld is in zoverre speculatief dat de draagwijdte van eerder gerapporteerde gegevens nu bekeken wordt vanuit een geheel dat het resultaat is van ordening en interpretatie van de diagnosticus. Een voorbeeld ter illustratie. De diagnosticus staat voor de opdracht na te gaan of een persoon na een periode van overspanning in staat is haar werk te hervatten. De functie van betrokkene is het signaleren van onverwachte pieken en dalen in de vraag naar bepaalde producten en het bijsturen van de leveringslogistiek. Naar aanleiding van de opdracht is de diagnosticus bij de opdrachtgever nagegaan wat de eisen zijn waaraan betrokkene in haar functie moet voldoen. In de intake is met betrokkene ook haar beroepsloopbaan en gezinssituatie doorgesproken evenals haar verwachtingen ten aanzien van een mogelijke werkhervatting. Op basis van de literatuur en praktijkervaring heeft de diagnosticus vervolgens aan aantal onderzoeksvragen en hypothesen geformuleerd met betrekking tot de persoonlijkheid (emotionele labiliteit, extraversie) en cognitieve capaciteiten (intelligentie) van betrokkene. In het integratief beeld worden kort de intakegegevens (functie-eisen, loopbaan en verwachting betrokkene, thuissituatie) en de onderzoekresultaten (emotionele labiliteit, extraversie, intelligentie) vermeld, en worden de consequenties van deze gegevens vanuit hun onderlinge samenhang dan wel wisselwerking geïnterpreteerd. Zo zal de combinatie van onvermijdelijke tijdsdruk en hiërarchische gezagsrelaties op de werkvloer, reeds eerder opgelopen faalervaringen, onrealistische verwachtingen ten aanzien van werkhervatting en een weinig begripvolle partner, laag-gemiddeld intelligentieniveau, hoge mate van extraversie en emotionele labiliteit tot een ander inzicht in de kansen van betrokkene leiden dan in het geval van een combinatie waarin dezelfde persoon een functie uitoefent waarbij de tijdsdruk makkelijk is bij te stellen, de verhoudingen op het werk collegiaal zijn, en de betrokkene beroep kan doen op de ondersteuning van een begripvolle partner. In beide gevallen zal het integratief beeld zijn opgebouwd uit de expliciteringen van de consequenties van de aangetroffen combinatie van condities voor het functioneren van de persoon. De aannemelijkheid van deze expliciteringen wordt waar mogelijk ondersteund door verwijzing naar empirisch onderzoek, theoretische inzichten, gedocumenteerde praktijkkennis en eigen praktijkervaring.